

健康診断（基本・総合・特定・人間ドック・歯科）及び インフルエンザ予防接種申込書

年 月 日

御中

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
(または、申込者氏名)

申込 番号	事業所名称	電話番号	実施希望場所			申 込 者 数							
	事業所所在地	担当者氏名	事業所	健診 機関	健保 会館		被保険者		被扶養者		計		
							男	女	男	女	男	女	計
No.	()	()				基本健診							
	—	—				総合健診							
	(〒 —)					特定健診							
						人間ドック							
						歯科健診							
						インフルエンザ 予防接種							
No.	()	()				基本健診							
	—	—				総合健診							
	(〒 —)					特定健診							
						人間ドック							
						歯科健診							
						インフルエンザ 予防接種							
No.	()	()				基本健診							
	—	—				総合健診							
	(〒 —)					特定健診							
						人間ドック							
						歯科健診							
						インフルエンザ 予防接種							
No.	()	()				基本健診							
	—	—				総合健診							
	(〒 —)					特定健診							
						人間ドック							
						歯科健診							
						インフルエンザ 予防接種							
備考	※一部の契約健診機関（別表（2）参照）では事業所様向けの健診結果を当組合フォーマットによりご提供いただけます。ご希望の場合は当備考欄に希望の意思をお示しください。 なお費用は健診機関毎に異なりますので予めご了承ください。												

《注意事項》

- ※総合健診の対象者は満30歳及び満35歳以上、人間ドックの対象者は35歳以上(当該年度の4月1日～翌年3月31日に誕生日を迎える方)の被保険者及び被扶養者です。
- ※特定健診の対象者は、満40歳以上(当該年度の4月1日～翌年3月31日に誕生日を迎える方)の被扶養者です。
- ※当組合の指定健診機関で基本健診・総合健診・特定健診・人間ドック・歯科健診又はインフルエンザ予防接種を希望される場合は、この申込書に申込（実施）者連名簿を添えて、ご希望の健診機関へ直接提出してください。
- ※なお、健保会館で実施する基本健診の健診機関はオリエンタル労働衛生協会、歯科健診は旺志会、インフルエンザ予防接種は名古屋セントラルクリニックとします。
- ※ご記入いただきました事項につきましては、健診及びインフルエンザ予防接種実施の目的以外には使用いたしません。